ITEM 058 : SEXUALITÉ NORMALE ET SES TROUBLES

INTRODUCTION

- La sexualité « normale » fait partie de la « bonne santé » selon l'OMS (2002).
- Notion de « santé sexuelle » : bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité.
- Dysfonction sexuelle = dysfonction de l'une des réponses sexuelles physiologiques à l'excitation : désir, érection, éjaculation, orgasme.
- Si **pas de plainte de l'individu il n'y a pas lieu de médicaliser celle-ci.**
- En cas de trouble du comportement sexuel et **pas de plainte, il n'y a pas lieu de proposer un traitement.**
- Les types de dysfonction sexuelle (DSM-V) :
  - Les **dysfonctions sexuelles** : troubles du désir, de l'excitation ou de l'orgasme.
  - Les troubles sexuels avec douleur.
  - La dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale.
  - Les **paraphilies.**
  - **Les troubles de l'identité sexuelle** (transsexualisme) Association possible à des troubles psychiatriques.
- **Le comportement sexuel relève de différentes composantes :**
  - Le sexe biologique (organe sexuel masculin ou féminin).
  - Le genre (comportements, activités et attentes considérés comme adéquats dans une société).
  - L'orientation sexuelle (attirance envers les différentes identités de genre ou sexuelles).
  - La réponse sexuelle (séquence des évènements physiologiques et émotionnels rendant un rapport sexuel possible).
- **Facteurs modifiant l'activité sexuelle :**
  - Âge.
  - Ménopause.
  - Andropause.
- **Conséquences des troubles sexuels :**
  - Souffrances de l'individu et du couple.
  - Les troubles du comportement sexuel peuvent être responsables de conduites délictueuses.

SEXUALITÉ NORMALE

- **Phase du désir** : idées et fantasmes érotiques, souhait d'avoir un rapport sexuel, **sous commande cérébrale :**
  - Androgéno-dépendant chez l'homme et la femme.
  - Phase de préparation à l'acte sexuel.
- **Phase d'excitation** :
  - **Érection** chez l'homme.
  - **Lubrification vaginale, tumescence de la vulve et de la muqueuse du 1/3 inférieur du vagin, érection du clitoris** chez la femme (.i" vascularisation vaginale et de la vulve).
  - Résulte de **stimulations cérébrales** (visuelles, auditives, phantasmatiques) et/ou **périphériques**, notamment périnéales.
  - Réponse sexuelle pelvi-périnéale : nécessite l'intégrité des composantes **sympathique spinale thoracolombaire** (T12-L2) et **parasympathique spinale sacrée** (S1-S3) et **somatique sacrée** (S2-S4).
- **Phase de plateau** : réalisation du **coït** ou poursuite de la stimulation.
- **Phase d'orgasme** : sensation de **plaisir intense**, avec **contraction rythmique de la musculature striée périnéale :**
  - Signes généraux : tension musculaire, polypnée, tachycardie, ? pression artérielle.
  - Chez l'homme : éjaculation et expulsion saccadée du sperme --+ l'éjaculation n'est pas un prérequis pour l'orgasme.
  - Chez la femme : unique ou multiple, vaginal ou clitoridien (différentes modalités de stimulation avec même entité anatomique : gland ou piliers du clitoris).
- **Phase de résolution** : diminution des phénomènes de la phase d'excitation (sensation de bien-être et de plénitude) :
  - Chez la femme : plusieurs orgasmes possibles si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas et la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme.
  - Chez l'homme : suivi d'une période réfractaire durant laquelle la stimulation sexuelle est inefficace, dont la durée augmente avec l'âge interdisant le plus souvent la répétition rapprochée du rapport sexuel chez l'homme vieillissant.
- **Physiopathologie :**
  - Effecteurs périphériques + vascularisation + innervation (organes génitaux, zones érogènes).
  - SNC : dopamine (plaisir, désir), sérotonine (retarde l'orgasme), endorphines (période réfractaire).

EXAMEN CLINIQUE

Interrogatoire : attitude empathique, bienveillante, sans jugement

- Âge du patient et du partenaire.
- ATCD médicaux, chirurgicaux (gynéco-obstétricale) et psychiatriques.
- Facteurs de risque cardio-vasculaires (HTA, obésité, diabète…)
- Contexte culturel et social.
- Traitement au long cours.
- Intoxication : tabac, alcool, stupéfiants (cocaïne, héroïne, cannabis, stimulants sexuels).
- Fréquence des rapports sexuels.
- État de la satisfaction.
- Demandes, frustrations et attentes.
- Retentissement psychologique.
- Préciser la phase dysfonctionnelle (désir, excitation, érection…)
- Historique du problème : début brutal ou progressif, caractère permanent ou occasionnel, ancienneté.
- Caractère sélectif situationnel ou généralisé de la plainte.
- État de la relation du couple.

Exploration des quatre composantes impliquées dans la sexualité :

- Couple.
- Intégrité anatomique et fonctionnelle.
- Intégrité psychologique.
- Environnement.

<table>
<tr><td rowspan="2">TROUBLES DU DÉSIR</td><td>Insuffisances de désir (baisse de libido)</td><td>= Diminution ou absence du désir et de l’intérêt sexuel +/- aversion pour tout ou partie des activités sexuelles.
- Anaphrodisie = absence totale de désir.
- Trouble psychiatrique : . Épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux, addiction.
. Plus rarement : psychose, anorexie mentale…
- Iatrogénie : antidépresseur ISRS, neuroleptique, agoniste LH-RH, anti-androgène…
- Déficit androgénique : principalement lié à l’âge.
- Ménopause.
- Facteurs psychosociaux : stress professionnel, personnel…
- Grossesse, post-partum.</td></tr>
<tr><td>Excès et/ou déviation du désir</td><td>- Exagération des besoins sexuels : satyriasis.
- Risque de délinquance sexuelle.
- Éliminer une cause organique : syndrome frontal (post-AVC, traumatisme crânien…), iatrogénie médicamenteuse (agoniste dopaminergique…)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">TROUBLES DE LA FEMME</td><td rowspan="2">Éjaculation prématurée</td><td>= Éjaculation qui survient toujours ou presque toujours en 1 minute ou moins après la pénétration vaginale depuis le 1er rapport sexuel (éjaculation prématurée primaire) ; ou une diminution cliniquement significative du délai pour éjaculer, souvent proche de 3 minutes ou moins (éjaculation prématurée secondaire) ; et une incapacité à retarder l’éjaculation lors de toutes ou de presque toutes les pénétrations vaginales (absence de contrôle) et générant des conséquences personnelles négatives : souffrance, gêne, évitement de l’intimité sexuelle, frustration.
- Généralement d’origine comportementale/prévalence non affectée par l’âge.
+ Éliminer une pathologie génito-sexuelle ou une dysfonction érectile associée.
+ Pas d’examen complémentaire.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- PEC psychosexologique comportementale : technique du squeeze (« stop and go »)…
- Antidépresseurs : - ISRS : dapoxétine (Priligy®) à la demande = seul médicament ayant AMM.
- Autres : paroxétine, clomipramine sont hors AMM.
- Anesthésiques locaux (lidocaïne crème) : 30 minutes avant le rapport.</td></tr>
<tr><td>Anéjaculation</td><td>= Absence d’éjaculation.
- Causes nombreuses : psychogène, neurologique (para/tétraplégie), diabète, iatrogène (antidépresseur, neuroleptique, α-bloquant, chirurgie (orgasme conservé)…</td></tr>
<tr><td>Éjaculation rétrograde</td><td>= Expulsion de sperme dans la vessie après la phase d’émission, avec présence d’une spermaturie après l’orgasme : défaut de fermeture du col de la vessie pendant l’émission de sperme.
- Cause : neuropathie diabétique, para/tétraplégie, médicament (α-bloquant…)</td></tr>
<tr><td>Éjaculation douloureuse</td><td>= Pendant ou immédiatement après l’éjaculation.
- Cause : prostatite aiguë ou chronique, syndrome douloureux pelvien chronique.</td></tr>
<tr><td>Hémospermie</td><td>- Éliminer un cancer de la prostate chez l’homme âgé.
- Le plus souvent bénin, fréquent dans les suites de biopsies de prostate.</td></tr>
<tr><td>Hypospermie</td><td>- Cause : vieillissement, médicament (α-bloquant), mucoviscidose…</td></tr>
<tr><td>Troubles du désir</td><td>- Insuffisance/absence du désir (primaire ou secondaire) :
• Organiques : iatrogénie, ménopause.
• Psychogènes : dépression, conjugopathie.
- Excès du désir (hypersexualité ou nymphomanie) :
• Organiques : pathologie neurologique centrale.
• Psychiatrique : manie.
- Le traitement du désir est difficile et se fait par prise en charge psychosexologique, comportementale ou systémique du couple (+/- ttt ménopause si avérée).</td></tr>
<tr><td>Troubles de l’excitation (insuffisance)</td><td>= Absence de lubrification vaginale et de tumescence.
- Cause organique : iatrogène (chirurgie, antidépresseur, neuroleptique, β-bloquant, anti-HTA…), diabète, athérome, affection neurologique (SEP, Parkinson, trauma médullaire…), déficit androgénique, dysthyroïdie…
- Cause psychogène.
- Traitement étiologique, lubrifiant, hydratants (acide hyaluronique en gel ou ovules), œstrogènes locaux (ovule, gel, anneau vaginal).</td></tr>
<tr><td>Troubles de l’orgasme (25 %)</td><td>On distingue les troubles suivants :
- Anorgasmie = absence d'orgasme malgré une stimulation et une excitation adéquate
- Orgasme insatisfaisant
- Orgasme retardé = la stimulation et l'excitation sont jugées excessives par la femme, une iatrogénie médicamenteuse (ISRS, neuroleptiques) doit être recherchée.</td></tr>
</table>

TROUBLES DE LA FEMME

Vaginisme

= Contraction musculaire involontaire, réflexe, prolongée ou récidivante des muscles du plancher pelvien qui circonscrivent la vulve et le vagin interdisant la pénétration vaginale.

Le **vaginisme primaire** est souvent d'origine psychologique. Il peut avoir comme cause :
- **Le rigorisme religieux**, le conformisme social (culpabilisation des plaisirs du corps).
- **Un antécédent d'abus sexuel.**
- **Une tendance homosexuelle latente.**
- **Le rejet du partenaire** (symbolise le refus d'une relation vécue comme un état d'infériorité avec un homme que l'on méprise).

Le **vaginisme secondaire** doit faire rechercher une cause organique par un examen gynécologique complet :
- **Traumatisme gynécologique** : vaginite mycosique, vaginite à *Trichomonas,* vaginite atrophique de la ménopause.
- **Traumatisme obstétrical** : déchirure, épisiotomie mal réparée.
- **Traumatisme iatrogène** : cobalthérapie.

Le traitement du vaginisme = traitement spécifique d'une lésion organique avant tout.
En l'absence de lésion organique, prise en charge **psychosexologique** avec explication anatomique (appareil génital), exploration de son corps (surmonter l'angoisse), auto-introduction ultérieure par la patiente avec des bougies de Hégar de calibre croissant avec exercice de contraction et de relâchement (relais avec ses propres doigts).
Le vaginisme a un **bon pronostic**.

Vulvodynies

= Sensation d'inconfort ou de brûlures en l'absence de toute lésion.

Dyspareunie

= Douleurs déclenchées par les relations sexuelles (pénétration).
- **≠ des douleurs génitales qui sont provoquées par une stimulation non coïtale.**
- On distingue trois types de dyspareunie en fonction du site douloureux :

Dyspareunie	Définition	Causes
Superficielles	Douleur à l'intromission	- Bride hyménéale, hypoplasie vaginale - Cicatrices périnéales (épisiotomie, déchirure obstétricale) - Infections : Herpès, Mycose, Bartholinite, Condylomes
De présence	Pendant le coït	- Mycose - Atrophie vaginale - Sécheresse vaginale
Profondes (balistiques)	Douleur au fond du vagin	- Cervicite - Annexite - Endométriose

- Le traitement des dyspareunies profondes nécessite souvent une **cœlioscopie pour faire le diagnostic de la cause, et en particulier rechercher et traiter l'endométriose.**
- Une thérapie cognitivo-comportementale peut être proposée.
- Les complications sont émaillées par le vaginisme, l'anaphrodisie, l'anorgasmie ou une conjugopathie.
- Les dyspareunies ont un **bon pronostic** quand la cause est traitée suffisamment tôt.

PARAPHILIES

= Pratiques sexuelles qui diffèrent des actes traditionnellement considérés comme normaux
Communément, la paraphilie est une sexualité atypique ou marginale.
Selon le DSM-V : impulsions sexuelles répétées et intenses, et fantasmes sexuellement excitants ou comportements impliquant :
- Des objets inanimés (fétichisme).
- L'humiliation ou la souffrance (non simulée) du sujet lui-même ou de son partenaire (sadomasochisme).
- Des enfants ou individus non consentants (pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme, frotteurisme, sadisme, nécrophilie).
- Se prolongeant **au moins 6 mois**, causant du désarroi ou une **détérioration du fonctionnement social, occupationnel ou autre domaine important.**

Diagnostic

20 hommes/1 femme, en effet, en dehors du masochisme, peu de femmes souffrent de paraphilie.
- Le diagnostic se pose **seulement** lorsque l'individu agit sous l'emprise de ses impulsions ou est fortement perturbé par celles-ci.
- Les paraphilies interfèrent à divers degrés avec la capacité du sujet à avoir une activité sexuelle empreinte d'affection et de réciprocité.

Classification de la sévérité des paraphilies :

Gravité	Légère	Moyenne	Sévère
Passage à l'acte	Non	Oui	Oui
Fréquence	-	Occasionnelle	Répétée

Traitement

Approche comportementale

= Éliminer le comportement inadéquat pour le remplacer par un comportement plus adapté.
- La technique de l'aversion = stimuli aversifs qui peuvent être de nature chimique (vomitifs, nausées) ou électrochocs, imagerie aversive ou honte.
- La technique d'évitement par anticipation = apprentissage d'une sexualité plus adaptée :
. Reconditionnement orgastique : lors de la masturbation, le fantasme déviant est associé à l'image hétérosexuelle « normale » au moment de l'orgasme.
. Masturbation à satiété : l'individu doit se masturber tout en imaginant son

			fantasme déviant jusqu'à satiété.
		Approche analytique	= **Compréhension du désordre sexuel.** - La modification de l'imaginaire érotique implique une expérience correctrice. A moyen terme, l'individu est amené à produire des fantasmes érotiques et à surmonter graduellement les anxiétés qui sont à la base du désordre sexuel
TRANSSEXUALISME	= Troubles de l'identité sexuelle, les caractéristiques diagnostiques sont : - **Identification intense et persistante à l'autre sexe.** - **Expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe,** adoption fréquente des conduites où. - L'on se fait passer pour l'autre sexe, désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe, le patient a la conviction qu'il(elle) possède les sentiments et les réactions typiques de l'autre sexe. - **Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante**, le patient a la volonté de se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires : . Traitement hormonal, intervention chirurgicale. . Tenue vestimentaire. - L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite. - La souffrance est significative et s'associe à une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. - Pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle, il faut s'enquérir de savoir s'ils sont attirés sexuellement par les hommes, les femmes, les deux ou ni par un sexe ni par l'autre. **- Transsexualisme primaire** : s'est toujours senti du sexe opposé depuis le jeune âge, voire même l'enfance. **- Transsexualisme secondaire** : apparition des troubles plus tard.		
	Prise en charge	**Psychiatrique**	- Elle est **longue et répétée** et doit inclure l'entourage. - Elle doit établir **un diagnostic précis du trouble de l'identité.** - Elle recherche une CI à la transformation hormonochirurgicale : psychopathie (délire, fétichisme…), visée utilitaire (prostitution).
		Endocrino	- La recherche clinique et biologique d'une affection susceptible d'entraîner ou de favoriser un trouble de l'identité de genre doit être effectuée. - Le bilan doit confirmer l'intégrité du système endocrinien. - Il faut évaluer les caractères sexuels secondaires et les organes génitaux externes avant leurs éventuelles modifications ultérieures. - Il faut s'efforcer de rechercher des CI à un éventuel traitement hormonal ultérieur (adénome hypophysaire, AVC, diabète non équilibré, HTA sévère…), sachant qu'après castration ce traitement sera indispensable et définitif. - Traitement hormonal : . **Homme :** anti-androgènes (effets réversibles) puis œstrogènes (irréversibles ou partiellement réversibles). . **Femme** : progestatifs (effets réversibles) puis testostérone (irréversibles ou partiellement réversibles).
		Médico-sociale	- En France, ces patients sont pris en charge à **100 % par la Sécurité sociale.** **- Expérience en vie réelle d'une durée de 1 an** : . Le sujet se présente comme un sujet de l'autre sexe. . Il ne se limite pas au travestissement. . Rédaction d'un certificat médical attestant que « le sujet se présente sous une apparence féminine (ou masculine) pour des raisons exclusivement médicales ».
		Psychologique	**- Test de niveau (Binais-Pichot) et de personnalité (Rorschach *et* MMPI).** - Comparaison de l'indice d'anxiété et l'échelle de masculinité-féminité à des profils types masculins ou féminins.
		Chirurgicale	- Rechercher des **anomalies physiques susceptibles de gêner une éventuelle intervention ultérieure** (obésité morbide par exemple). - Éliminer **une CI opératoire** (troubles de l'hémostase, décompensation d'une séropositivité…) - Information éclairée du patient, souvent mal renseigné Transformation chirurgicale : . **Homme** : castration bilatérale (ablation des testicules, des corps caverneux et spongieux) suivie de la création d'un néo vagin tapissé par la peau pénienne retournée en doigt de gant et de grandes lèvres à partir du scrotum. Il est réalisé un néo clitoris grâce à un lambeau en flot neurovasculaire taillé au niveau du gland et une urétrostomie périnéale. . **Femme** : mammectomie et hystéro-ovariectomie non conservatrice. Elle est éventuellement complétée par une phalloplastie. Les résultats sont plus satisfaisants sur le plan morphologique que sur le plan fonctionnel. Il est à noter que la phalloplastie n'est pas exigée pour obtenir le changement d'état civil.